Lane Medical Library
1923

Aus dem städtischen Krankenhause zu Offenbach a. M.
(Direktor: Medizinalrat Dr. Rebentisch.)

Über Krebs der Thymus.
Ein Beitrag zur Kenntnis der Mediastinaltumoren.

AUSZUG

AUS DER

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

HESSISCHEN LUDWIGS-UNIVERSITÄT ZU GIESSEN

VORGELEGT VON

HANS BECKER
APPR. ARZT AUS BENSHEIM A. D. B.

GIESSEN 1923

BUCHDRUCKEREI OTTO MEYER, GIESSEN, LUDWIGSTRASSE 30

3

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
zu Gießen.
Berichterstatter: Geh. Rat Prof. Dr. Poppert.

Friedleben verneint noch das Vorkommen bösartiger Thymustumoren. Virchow und Schridde sprechen von Thymustumoren mit kleinen Rundzellen. Klose stellt genaue Richtlinien auf, die die Diagnose Thymustumor stützen.

1. Lage der Geschwulst,
2. Form und Aussehen,
3. Vorhandensein eventl. Drüsenreste,
4. morphologische Beschaffenheit.

Die Lage fällt nur bei kleinen Tumoren ins Gewicht. Was das Aussehen anbelangt, kommt nach Virchow, Schridde und Klose das gleichmäßig diffuse Wachstum, die glatte grauweiße Schnittfläche in Betracht. Das Vorhandensein typischer Drüsenreste spricht immer für einen Thymustumor, des Fehlen aber nicht unbedingt dagegen. — Wie Eisenstädt sagt und Friedleben nachgewiesen hat, kommen die Hassalschen Körperchen im späteren Lebensalter bei der Thymus überhaupt nicht mehr vor. — Die pathologischen Symptome sind im einzelnen gar nicht, höchstens im Symptomenkomplex beweisend. Gemäß der Entwicklungsgeschichte, nach der die Thymus ursprünglich ein epitheliales Gebilde darstellt, in das erst später lymphoide Bestandteile hineinwachsen, können von diesen beiden Elementen Tumoren ihren Ausgang nehmen, stellen Carcinome und Sarkome dar. Klose bringt eine Statistik von 53 Sarkomen und nur 12 Carcinomen, welche letztere auch nicht alle mit Sicherheit als solche anzusehen sind. Die Carcinome werden nämlich nach ihm und anderen wie Rubaschow in groß- und kleinzellige eingeteilt. Viele, wie Schridde und Stöhr, rechnen die kleinzelligen zu den Sarkomen. Bleiben als sichere Carcinome die großzelligen übrig, so sind überhaupt nur ganz vereinzelte Fälle bekannt. Als solche wären anzuführen

Eisenstädt, Letulle, Paviot-Derest, Vermorel-Thiroloix, Debret, Ambrosini. Alle schreiben von großen polygonalen Zellen mit intensiv gefärbtem Kern.

Symptomenkomplex ist der der Mediastinaltumoren überhaupt. Gemeinsame Eigenschaft ist allmählich wachsende Raumbeschränkung. Bei großen Tumoren häufig Prominenz über das Sternum, die nach Usurierung des Knochens elastisch und fluktuierend sein kann. Pulsation derselben spricht nicht unbedingt für Aortenaneurysma, da der Tumor an sich gefäßreich sein oder in direkter Verbindung mit der Aorta stehen kann. Fürbringer berichtet von einem Fall mit klassischen Aneurysmasymptomen, der sich bei der Sektion als Carcinom ergab. Tracheal- und Bronchostenose rufen respiratorische Einziehung hervor. Die Percusion ist uncharakteristisch, ergibt aber wegen der direkten Lage hinter dem Sternum wohl immer eine Dämpfung, die in die Herzdämpfung übergehen kann. Aus dem Sputum kann eine Diagnose nur bei ausgehusteten großen Gewebsfetzen gestellt werden (Senator). Bei Verdrängung des Herzens ist der Spitzenstoß verlagert. Bei Einbruch in die großen Venen treten Stauungen in den betreffenden Gebieten auf. Kompression der Trachea ruft Dyspnoe hervor. Vorübergehende Erstickungsanfälle lassen auf Vaguskompression schließen. Druck auf die nervi recurrentes ruft Heiserkeit durch Lähmung der Kehlkopfmuskulatur hervor. Schmerzen sind unbestimmt, umschrieben sind nur Intercostalneuralgien bei Reizung oder Läsion eines Intercostalnerven. In Fällen von de la Camp und Tillmanns ist von Trommelschlägelfingern die Rede. (Bronchektasien.) Viele Fälle verlaufen vollkommen symptomlos und werden als Nebenbefund bei Autopsien erhoben. Nach Klose gibt es intra vitam nur 2 Symptome, die in Verbindung mit anderen mit Sicherheit auf Thymustumor schließen lassen, die Myastenia gravis pseudoparalytica oder Intoxitationserscheinungen, die sogar gelegentlich zur Diagnose Basedow führen. Dazu kommt die ausgesprochene Langsamkeit des Verlaufs. Eine weitere Stütze bildet die Röntgendiagnostik.

Prognose ist absolut ungünstig, vor allem wenn der Tumor schon klinisch in Erscheinung getreten ist.

Die Therapie hat möglichst frühzeitig zu beginnen, wenn auch die Erfolge immer nur vorübergehender Natur sind. Vor allem hat Sauerbruch operative Erfolge zu verzeichnen gehabt. Ist eine nur teilweise Resektion des Tumors möglich, kommt Nachbestrahlung des Resttumors mit Röntgenstrahlen in Frage. Wie nach Rudberg und Regaud Thymusgewebe auf diese Strahlen mit Zerfall reagiert, so kann man dieses auch von den Tumoren annehmen. Außerdem ist vielfach Salvarsan angewandt worden, teils intravenös, teils lokal. Manche Autoren wie Czerny wollen dabei Verkleinerung bis zu fast vollständigem Verschwinden gesehen haben.

Fall aus dem Stadtkrankenhause Offenbach a. M.: V. B., 55 Jahre alt, 14. 12. 18 aufgenommen.

Anamnese: Patient stammt aus gesunder Familie. Seit frühester Jugend dicker Hals, ohne Beschwerden. Seit 25. Lebensjahr Anschwellung auf der rechten Halsseite zugenommen, keine Beschwerden. Im letzten Jahr allmählich zunehmende Atemnot, zuletzt Heiserkeit und Erstickungsanfälle.

Befund: Groß, kräftig, gut genährt. Heisere Sprache, livide Verfärbung der Lippen, Cyanose des Gesichtes. Rechts faustgroßer äußerer Strumaknoten. Links bis unter die Clacicula reichender derber Knoten, nach unten nicht abgrenzbar. Auf Hals und Brust starke Venektasien bis zu Bleistiftdicke. Husten, Auswurf, mühsame Atmung, Stridor. Links absolute Dämpfung bis herunter zur dritten Rippe, in der Mitte bis unterhalb des angulus Ludovici, über der ganzen Lunge bronchitische Geräusche. Herzdämpfung geht in die allgemeine Dämpfung über. Leichte Deviation des Kehlkopfes nach links, kein vollständiger Schluß der Glottis (Recurrenzparese). Röntgendurchleuchtung: Säbelscheidentrachea. Tiefer handtellergroßer Schatten, links bis zur dritten Rippe hinunterreichend. Rechts daran anschließend der Herzbasis kugelförmig aufsitzender, gut faustgroßer

Schatten nach allen Seiten gleichmäßig pulsierend. Am oberen Rand ist der Arcus Aortae deutlich zu unterscheiden. Schattenbildung liegt im Mediastinum antikum. Herz nicht verdrängt, von normaler Größe.

Diagnose: Struma endothoracica + Aortenaneurysma. Bei Bettruhe Atemnot gebessert. Stauungserscheinung zurückgegangen. Vorbereitung zur Operation.

Operationsbericht: In Lokalanaesthesie Strumektomie mit Unterbindung der 4 Hauptgefäße. Arteria thyreoidea inferior sehr stark ausgebildet. Nervi recurrentes kommen nicht zu Gesicht und werden nicht verletzt. Doppelseitige Resektion. Links fast alles entfernt. Es handelt sich links um einen verkalkten Knoten, der bis auf den Arcus Aortae hinunterreicht. Er steht mit einem großen retrosternalen Tumor nicht im Zusammenhang, reicht aber bis an ihn heran. Der Tumor pulsiert deutlich, wird also für ein Aortenaneurysma gehalten.

Verlauf: Blaufärbung und Gedunsenheit des Gesichtes verschwinden vollkommen. Die Venektasien gehen stark zurück. Nach 10 Tagen Aufstehen. Kurz darauf nehmen die nie ganz verschwundenen bronchitischen Erscheinungen wieder zu. Patient hat Atemnot, ist sehr heiser, verschluckt sich dauernd während des Essens. Nach einigen Tagen hohes Fieber, Bronchopneumonie, Exitus unter den Erscheinungen einer Herzinsuffizienz.

Sektionsbericht: Hier interessiert nur kurz die Brustsektion: Im Mediastinum antikum, direkt der Herzbasis aufsitzend, faustgroßer Tumor von grau-weißlicher Schnittfläche, der die Aorta ascendenz umwachsen hat. Arterie vollkommen von Tumormassen umgeben. An einer Stelle Durchbruch in die Vena cava superior Das Wundbett des früheren substernalen Strumaknotens ist aseptisch; in seinem Bereich Trachea säbelscheidenförmig zusammengedrückt. Am Herz geringe Arteriosklerose, kein Anhaltspunkt für Lues. Herz o. B. Diffuse Bronchitis, im rechten Unterlappen konfluierende Bronchopneumonie.

Pathologischer Untersuchungsbefund (von Prof. Fischer): „Es handelt sich um einen aus großen epithelähnlichen Zellen bestehenden, sehr zellreichen Tumor. Diese Zellen zeigen keine weitere Differenzierung und dringen einzeln, ohne Verbände zu bilden, in dichten Schwärmen in das Bindegewebe diffus infiltrierend vor. Reichlich chronisch entzündliche Infiltration des Gewebes.

Diagnose: Sehr bösartiger, undifferenzierter Tumor, histogenetisch nicht mit absoluter Sicherheit zu bestimmen, da die Zellen uncharakteristisch. Man kann durchaus an ein undifferenziertes medulläres Carcinom denken; die genauere Präparation hat nirgends in den größeren Bronchien eine carcinomverdächtige Stelle oder Geschwürsbildung ergeben. Ich möchte deshalb einen primären malignen Tumor in Bereich der Thymusdrüse annehmen mit Einbruch in die Vena cava superior.“

Epikrise: Es handelt sich also um einen Mediastinaltumor, kompliziert mit einem intrathoracischen Strumaknoten; sämtliche klinische Erscheinungen waren nach Entfernung des Strumaknotens verschwunden, bis auf die bestehenbleibende Recurrenzlähmung. Demnach waren sie alle bis auf letztere auf die Struma zurückzuführen. Für den Mediastinaltumor war die klinische Diagnose mit Sicherheit auf ein Aortenaneurysma zu stellen. Die bei der Autopsie sich ergebende falsche Diagnose findet in dem Sektionsbericht ihre vollkommene Erklärung. Der vorgefundene Tumor zeichnete sich durch die ausgesprochene Langsamkeit des Verlaufs aus, hatte eine grau-weiße Schnittfläche, zeigte ein gleichmäßig diffuses Wachstum, lag genau im Bereich der Thymusdrüse, der hinter dem Sternum gelegene Teil zeigte ungefähr noch ihre Gestalt. Als Ausgangspunkt ist also die Thymusdrüse anzunehmen. Der ausgesprochene epitheliale Charakter der großen undifferenzierten, polygonalen Zellen spricht für ein undifferenziertes Ca. Der Fall gehört in die Kategorie großzelliger Thymuscarcinome, und zwar ist er unter solche zu rechnen, die fast vollkommen symptomlos verlaufen. Eigentümlich ist, daß bei der

Malignität und dem langen Bestehen sich bei der Sektion nirgends Metastasenbildungen nachweisen ließen.

Da nach Klose zwischen Schilddrüse und Thymus gleichartige vicariierende Funktionen bestehen, da v. Hansemann in bei weitem den meisten Fällen von Kropfsektionen auch eine vergrößerte Thymus gefunden hat, und Virchow auch ausdrücklich auf die Coincidenz von Thymustumoren mit Strumen hinweist, ist die Komplizierung eines Thymustumors mit einer Struma endothoracica wie in unserem Falle nicht als ein zufälliges Zusammentreffen zu bezeichnen.

Lebenslauf.

Ich, Hans Karl Wilhelm Otto Becker, bin am 18. Januar 1893 als Sohn des Oberlehrers Friedrich Becker in Laubach (Oberhessen) geboren. Bis Quarta besuchte ich dort das Gymnasium, bis Oberprima das zu Bensheim, wo ich 1912 die Reifeprüfung bestand. Danach lag ich an den Universitäten München S. S. 1912, Freiburg W. S. 1912/13, Gießen S. S. 1913 bis S. S. 1914 dem Studium der Medizin ob. Bestand in Gießen Ende des S. S. 1914 die ärztliche Vorprüfung. Sodann trat ich als Kriegsfreiwilliger in den Heeresdienst und kam als solcher ins Feld. 1915 wurde ich zum Sanitätsdienst überschrieben und war als Sanitätsunteroffizier, Feldunter- und Feldhilfsarzt bis zum Ende des Krieges im Felde tätig. Im W. S. 1918/19 nahm ich in Gießen meine Studien wieder auf und bestand am 5. Juli 1920 dort die ärztliche Prüfung. Seit dieser Zeit bin ich bis heute am Stadtkrankenhause Offenbach als Assistenzarzt tätig. Die Approbation als Arzt erhielt ich am 20. Juli 1920.